



Registro de vacunación del alumno

PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE
 Completa; requiere refuerzo el _____
 En curso, los 8 meses vencen el _____
 Exención médica por _____
 Objeción por _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Número de estudiante _____

La Sección 121A.15 de los Estatutos de Minnesota requiere que los niños inscriptos en una escuela de Minnesota estén vacunados contra ciertas enfermedades, permitiendo excepciones específicas. Este formulario ha sido creado para proporcionar a la escuela la información que requiere la ley.

Exención médica: No se requiere que el estudiante reciba una vacunación si existe una contraindicación médica o evidencia de inmunidad de laboratorio. Para recibir la exención médica, un médico debe firmar la siguiente declaración:

Indique el MES, DÍA, y AÑO de todas las vacunas que recibió el alumno. NO USE (✓) o (✗). Las vacunas / dosis en la parte coloreada se recomiendan pero no las requiere la ley.

Certifico que la vacunación está contraindicada por razones médicas o que existe confirmación de laboratorio de inmunidad adecuada de las siguientes vacunas:

Tipo de vacuna	1° dosis Mes/Día/Año	2° dosis Mes/Día/Año	3° dosis Mes/Día/Año	4° dosis Mes/Día/Año	5° dosis Mes/Día/Año
Difteria, tétanos y tos ferina (DTaP, DTP)					
Difteria y tétanos (DT) - fórmula pediátrica (<7 años)					
Tétanos y difteria (Td) – fórmula para adultos (7 años)					
Poliomielitis (IPV, OPV)					
Sarampión, papera y rubéola (MMR) (edad mínima: 12 meses)					
Hepatitis B (hep B) *					
Varicela **					
Conjugado contra neumococos (PCV)***					
Haemophilus influenzae tipo b (Hib)***					

 Firma del médico Fecha

Objeción : No se requiere que ningún estudiante se ponga una vacuna que esté en contra de una creencia de sus padres o tutor. Para recibir esta exención, un padre o tutor legal debe completar y firmar la siguiente declaración y hacerla certificar por un notario:

Certifico ante un notario que la vacunación de mi niño está en contra de mis creencias. Indique las vacunas:

 Firma del padre o tutor legal Fecha

Suscripto y jurado ante mi este _____ día de _____ del 20 _____

 Firma del notario

Antecedentes de varicela:

Certifico que este niño tuvo varicela en esta fecha: _____ (AÑO) y que por lo tanto no necesita la vacuna contra la varicela.

 Firma del padre o tutor legal o del médico / clínica pública Fecha

Exenciones adicionales

- **Niños menores de 7 años:** La 5° dosis de la DTaP/DTP/DT (igualmente, la 4° dosis de la vacuna contra la poliomielitis) no se necesita si se administró la 4° dosis de la DTaP/DTP/DT (3° dosis de la vacuna contra la poliomielitis) después de cumplir los 4 años.
- **Niños de 7 años o mayores:** Un antecedente de 3 dosis de la DTaP/DTP/DT/Td y 3 dosis de la vacuna contra la poliomielitis cumple los requisitos mínimos de la ley.
- **Estudiantes de 7° a 12° grado:** No se requiere un refuerzo de la Td a los 11 años o después para los estudiantes que están en 7° a 12° grado cuya vacuna Td más reciente se puso después de cumplir los 7 años pero antes de cumplir los 11. En cambio, se requerirá 10 años después de la fecha de la dosis más reciente.
- **Estudiantes de 11 a 15 años de edad:** No se requiere una 3° dosis de la vacuna contra la hepatitis B para los estudiantes que entreguen documentación del programa alternativo de 2 dosis.
- **Estudiantes de 7 años o más:** No necesitan la vacuna contra la tos ferina.
- **Estudiantes de 18 años o más:** No necesitan la vacuna contra la poliomielitis.

Indique la situación de la vacunación y la fuente de la información anterior eligiendo uno de los siguientes:

- Certifico que este estudiante ha recibido todas las vacunaciones requeridas por la ley.*

 Firma del padre o tutor o médico / clínica pública Fecha

- Certifico que este estudiante ha recibido por lo menos una dosis de la vacuna contra la difteria, tétanos y tos ferina (si la edad es apropiada), poliomielitis, hepatitis B (jardín y 7°), varicela (jardín y 7°), sarampión, paperas y rubéola, y que completará la serie de vacunas contra la difteria, tétanos, tos ferina, hepatitis B y/o poliomielitis en los próximos 8 meses. Las fechas en que se colocarán las dosis restantes son:*

 Firma del médico / clínica pública Fecha